

## ABOUT THE CONNECTION OF CHRONIC DEGENERATIVE PANCREATITIS AND DIABETES MELLITUS OF TYPE 2

*A.A. Pidmurniak, L.A. Mogilnitskaya*

**Abstract.** A bibliographical review substantiates the mechanisms of the development of chronic pancreatitis and diabetes mellitus of type 2 as its complication from the point of view of pathologic physiology and immunology.

**Key words:** degenerative pancreatitis, diabetes mellitus of type 2, inflammation, immune processes.

N.I. Pirogov State Medical University (Vinnytsia)  
Regional Hospital (Khmelnitsky)

*Buk. Med. Herald.*— 2005.— Vol.9, №1.—P.122–128.

Надійшла до редакції 30.09.2004 року

УДК 618.1+616.24-002.5]-036.1

*С.П. Польова*

## РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ В ЖІНОК ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав.-проф.О.М.Юзюк)  
Буковинського державного медичного університету

**Резюме.** У статті представлені дані, що стосуються особливостей перебігу та ведення вагітності, пологів та пуерперію в жінок, що хворіють на туберкульоз. Описані акушерські ускладнення вагітності та пологів на фоні специфічного процесу, показання та проти-показання до переривання вагітності.

**Ключові слова:** туберкульоз, вагітність, пологи, післяпологовий період, ускладнення.

Проблема народження здорових дітей та збереження репродуктивного здоров'я жінок вийшла за межі медичної та набула соціально-економічного значення, яка вимагає свого вирішення на державному рівні [2,15].

Ріст захворюваності на туберкульоз у жінок дітородного віку і відсутність перспективи до її зниження вимагає вивчення здоров'я в даного контингенту хворих щодо впливу туберкульозного процесу на стан органів репродукції [2,10,12].

Показано, що порушення репродуктивної функції створюють певні перешкоди щодо оздоровлення населення в цілому і жіночого зокрема.

До 1,4% чисельності населення України хворіє на туберкульоз (поріг епідемії 1%), який став найпоширенішим і призводить до найбільшої кількості смертних випадків у структурі інфекційної патології. Щорічно продовжує зростати інвалідність внаслідок туберкульозу. Найвищі показники реєструються в Донецькій, Харківській, Дніпропетровській, Луганській, Одеській та ін. областях. При тому встановлено, що захворюваність на туберкульоз в 1,7 раза вища, ніж у чоловіків [8,11].

Останнім часом оприлюднені роботи, присвячені проблемі туберкульозу в жінок репродуктивного віку та в період гестації, де відмічається ріст захворюваності на туберкульоз. Проте поєднання туберкульозу з вагітністю викликає взаємно протилежні погляди вчених. Якщо одні [3,5] вважають, що вагітність різко негативно впливає на перебіг туберкульозного процесу, мотивуючи часте виявлення гострих, ускладнених форм туберкульозу, то інші [9,13] вказують, що вагітність ніяк не впливає на туберкульозний процес. Не відкидається твердження, що вагітність є сприятливим фактором для лікування туберкульозу, пояснюючи це

© С.П. Польова, 2005

тим, що гормональний фон вагітної має анаболічну спрямованість. Окремі автори високу частоту ускладнень пояснюють туберкульозною інтоксикацією, наявністю в цих жінок зниженої генеративної функції (тривала безплідність, настання вагітності після стимуляції овуляції або екстракорпорального запліднення), віком першороділлі (старші 30 років) [7,14].

Туберкульозний процес викликає ряд акушерських ускладнень під час вагітності і пологів у жінок. Це гестози, невиношування плода, передчасне виливання навколоплідних вод, післяпологові кровотечі.

Аналіз стану породілей показав взаємозв'язки частоти внутрішньоутробної гіпоксії плода, мертвородження, вад розвитку, неонатальної смертності з формою і фазою легеневого туберкульозу в матері – чим тяжче проходить специфічний процес, тим загрозливіші ускладнення в матері та новонародженого. Вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок є факторами ризику щодо виникнення та загострення неактивних туберкульозних вогнищ. Трапляються повідомлення про смертельні наслідки від туберкульозу протягом першого року після пологів. Тому більшість авторів схильні розцінювати переважно негативний взаємовплив туберкульозу та вагітності [3,6,9].

Вагітність призводить до мобілізації всіх систем організму, вона обтяжує стан жінки. Тому досить часто під час вагітності без застосування антибактеріальної терапії настає прогресування туберкульозного процесу аж до летальності. Активності туберкульозного процесу сприяє гормональна перебудова в організмі жінки [4,6].

За період вагітності, пологів та лактації жінка втрачає до 700-800 г заліза. Тому під особливим контролем повинні бути жінки з частими повторними вагітностями і пологами, коли в материнському організмі виникає значний дефіцит заліза. При туберкульозі легень анемія середнього та тяжкого ступеня реєструється в 3 рази частіше при деструктивних змінах, ніж при затихлому специфічному процесі; при активному туберкульозі – у 12,5% випадків, а при неактивному – у 2,9%. Наведені дані показують зв'язок між ступенем тяжкості анемії з одного боку, активністю та розповсюдженням туберкульозного процесу з другого. Виявлена також залежність складу периферичної крові від кількості вагітностей. Рівень гемоглобіну, еритроцитів і кольоровий показник значно нижчі в жінок, що мали три вагітності і більше в порівнянні з першовагітними [1,2,6].

Загострення туберкульозу або його первинне виникнення частіше трапляється в першій половині вагітності, але іноді і в останні тижні перед пологами. Туберкульоз, виявлений у жінок у період вагітності або протягом 6-9 місяців після пологів, характеризується гострим початком, більш тяжким клінічним перебігом і пізно діагностується. У другій половині вагітності значно збільшується тіло матки, зменшується екскурсія діафрагми, змінюється співвідношення тиску в грудній та черевній порожнинах. Легенева тканина знаходиться в стані відносного спокою, що створює умови покращання самопочуття вагітної. Проте після пологів стан різко погіршується внаслідок додаткового фізичного навантаження, кровотрати, зміни імунного та гормонального статусу. Крім того, у результаті різкого опущення діафрагми виникає синдром абдомінальної декомпресії.

Післяпологовий період у хворих на туберкульоз жінок небезпечний у випадку можливої гострої гематогенної дисемінації мікобактерій і аспірацією казеозних мас у здорові ділянки легень із розвитком бронхогенного обсіменіння. Крім того, у хворих на туберкульоз під час пологів можливий розвиток гіпертензії в малому колі кровообігу, що створює загрозу виникнення таких ускладнень, як легенева кровотеча або спонтанний пневмоторакс [1,6].

Фактором ризику, що сприяє загостренню туберкульозного процесу в матері, є годування груддю. При цьому в материнському організмі проходить додаткове витрачання білків, жирів, вітамінів, мікроелементів. Негативний вплив для жінок, що хворіють на туберкульоз, мають часті повторні вагітності з подальшим грудним вигодовуванням дитини, що ослаблює організм матері і може призвести до загострення туберкульозного процесу. У зв'язку з цим бажано, щоб фізіологічний проміжок між вагітностями та пологами у хворих на туберкульоз жінок був не менше трьох років. Ступінь клінічних проявів туберкульозу легень під час вагітності залежить від форми і фази специфічного процесу. У доантибактеріальний період активний туберкульозний процес у період вагітності і після пологів проходив переважно гостро, супроводжувався вираженими інфільтративними змінами і розпадом легеневої тканини, часто розповсюджувався на інші органи і системи. Сьогодні все частіше переважає стерта клінічна картина повторно виниклого захворювання, його ускладнень або рецидиву [7,12].

Своєчасно діагностувати туберкульоз у вагітних – важливе завдання лікаря, оскільки за цим слід вирішувати ряд питань: необхідність переривати вагітність чи зберігати, оскільки туберкульоз загрозливий не тільки для жінки, але й для внутрішньоутробного розвитку плода, а в подальшому – для новонародженого.

Важливим є симптомокомплекс інтоксикації, до якого відносяться скарги на слабкість, втрату апетиту, пітливість, зниження маси тіла, тривале періодичне підвищення температури до субфебрильної, дратівливість. Виражені явища інтоксикації відмічаються в тих випадках, коли туберкульоз вперше виявляється у вагітних [1,2,9].

При підозрі на активний туберкульоз органів дихання вагітній слід провести рентгенологічне дослідження. Виконують оглядову рентгенограму органів грудної клітки в прямій проекції, оскільки при цьому рентгенівське опромінення плода в 10 разів менше, ніж грудної клітки матері. Обов'язково слід дотримуватися заходів запобіжності (використання просвинцьованого щита або фартуха). При підозрі на туберкульоз рентгенологічне дослідження органів грудної клітки слід проводити негайно, незалежно від терміну вагітності, особливо за наявності скарг на загальну слабкість, кашель, підвищення температури.

Вивчено стан специфічного і неспецифічного імунітету вагітних за наявності в них туберкульозу. Для оцінки імунного статусу хворих на туберкульоз жінок під час вагітності і після пологів у периферичній крові визначали ряд імунологічних параметрів: рівень Т-хелперів, Т-супресорів, реакцію гальмування міграції лейкоцитів, функціональну, фагоцитарну активність нейтрофілів, вміст імуноглобулінів А, М, G, циркулюючих імунних комплексів, функціональну активність лімфоцитів. Виявлена перебудова реактивності і патологічні зрушення в імунитеті. Доведено, що прогресування або реактивація туберкульозу під час вагітності або після пологів головним в імунопатології є пригнічення Т-клітинного імунітету [3,6,14].

Загострення або рецидив процесу частіше відбувається на початку вагітності, далі – у терміні 16-18 тижнів, і на 5-8-й день після пологів, враховуючи великі навантаження на організм породіллі у період лактації.

Обмежений вогнищевий туберкульоз легенів у фазі ущільнення, розсмоктування, давно затихлі обмежені процеси інших локалізацій, як правило, не призводять до загострення під час вагітності і пологів.

Дисемінований туберкульоз легенів у фазі ущільнення та незначного розповсюдження без загострення протягом останніх 2-3 років проходить сприятливо на фоні вагітності, проте такі пацієнтки повинні обов'язково знаходитися під наглядом фтизіатра. Їм слід проводити протирецидивну терапію в останні 2 місяці вагітності і в період годування груддю.

Лікування вагітних з ексудативним плевритом досить ефективне. Загострення, як правило, не виникає, вагітність зберігається.

Хворим на фіброзно-кавернозний туберкульоз легенів слід переривати вагітність, оскільки на фоні вагітності і пологів настає різке погіршення стану вагітної. Таких хворих завжди можна переконати перервати вагітність і їм показана антибактеріальна терапія протягом всієї вагітності та в післяпологовому періоді.

Відношення до переривання чи зберігання вагітності у хворих на туберкульоз залишається неоднозначним. Показання для переривання вагітності при різних формах і фазах туберкульозного процесу:

- 1) фіброзно-кавернозний та кавернозний туберкульоз легень (незалежно від терміну вагітності);
- 2) хронічний гематогенно-дисимінований туберкульоз (незалежно від терміну вагітності);
- 3) легенево-серцева недостатність у хворих на туберкульоз;
- 4) поєднання туберкульозу і цукрового діабету;
- 5) вперше виявлений вогнищевий, інфільтративний туберкульоз легень, що проходить з тенденцією до прогресування;
- 6) всі форми туберкульозу, що вимагають оперативного лікування;
- 7) циротичний туберкульоз, з явищами легенево-серцевої недостатності;
- 8) туберкульоз сечовидільної системи на фоні хронічної ниркової недостатності I-III ступеня;
- 9) медикаментозно-стійкі форми туберкульозу.

Вагітність можна зберегти при обмежених формах туберкульозу будь-якої локалізації за умови, що хвора отримає основний курс антибактеріальної терапії. Питання переривання або збереження вагітності повинно вирішуватися спільно з фтизіатром. Слід аналізувати характер туберкульозного процесу, перспективи лікування, термін вагітності, соціально-побутові умови, бажання вагітної.

Завдяки протитуберкульозним засобам досягнуто значних успіхів у лікуванні туберкульозу у вагітних, що дозволяє в більшості випадків зберегти здоров'я матері та новонародженого. Однак можливий ембріотоксичний ефект при застосуванні цих засобів у вагітних. Залишаються актуальними дослідження щодо ембріотоксичних властивостей протитуберкульозних препаратів. В експериментах на тваринах отримані дані про ембріотоксичні властивості таких препаратів, як стрептоміцин, етамбутол, етіонамід, протіонамід [1,9,13].

Проте обґрунтованим залишається твердження, що нелікований туберкульоз у вагітної загрозливий для плода набагато більше, ніж протитуберкульозне лікування матері.

При систематичному лікуванні матері до пологів можна досягти позитивного клініко-рентгенологічного результату перебігу туберкульозного процесу, і навпаки. У хворих, що відмовляються від лікування під час вагітності, туберкульозний процес прогресує.

Показаннями для проведення протитуберкульозного лікування під час вагітності і після пологів є всі форми активного туберкульозу органів дихання, інших органів і систем, у тому числі вперше виявлені, загострення та рецидиви специфічного процесу. При затихлому неактивному та вилікованому туберкульозі частіше рекомендується зберігання вагітності до нормального строку пологів [13].

У більшості жінок ведення пологів консервативне. За даними світової літератури, ускладнення в пологах трапляються в 36-60% вагітних, хворих на туберкульоз. До них відносять передчасне виливання навколоплідних вод, аномалії пологової діяльності, передчасні пологи, гіпотонічні кровотечі в послідовому періоді та ін. Кровотеча в пологах пояснюється наявністю залізодефіцитної анемії в більшості вагітних.

Слід зауважити, що при активному туберкульозі можливе трансплацентарне інфікування плода від хворої матері. Результатом туберкульозної інтоксикації може бути антенатальна смерть плода.

Інфікування туберкульозом плода відбувається в разі ураження мікобактеріями плаценти або інфікуванні ушкодженої плаценти під час пологів. У літературі трапляється опис випадків туберкульозу плода і новонароджених, яких виношували матері з тяжкими формами туберкульозу. Ушкодження плаценти виявляли в 18,2-45% випадків внутрішньоутробного зараження, особливо у ворсинках та міжворсинкових проміжках.

Подальші спостереження засвідчили, що зараження плода мікобактеріями туберкульозу (МБТ) відбувається різними шляхами: під час заковтування плодом інфікованих МБТ навколоплідних вод настає первинне ураження кишок, а в разі їх аспірації – заражуються легені. Плід може заразитися через кров у разі пошкодження плаценти під час пологів. Це підтверджується виявленням МБТ у крові пуповини, кров'яному руслі та лімфатичних вузлах плода [1,9].

Після відкриття фільтривних форм МБТ А.Сальмет висунув теорію трансплацентарної передачі туберкульозу від матері в тканини плода, яку підтвердив бактеріологічним виявленням МБТ в організмі дітей.

Теорію трансплацентарного зараження було підтверджено експериментально. Досліди на вагітних морських свинках засвідчили, що від хворої на туберкульоз матері в тканини плода проникають фільтривні форми МБТ, які спочатку локалізуються в лімфатичних вузлах, загальній печінковій протоці і зумовлюють атипові туберкульозні морфологічні зміни в органах. Результатом туберкульозної інтоксикації може бути антенатальна смерть плода.

Інфікування дитини МБТ можливе повітряно-крапельним шляхом при контакті з хворою матір'ю. Тому вирішення питання вигодовування груддю повинно бути індивідуальним.

При активному туберкульозі з бактеріовиділенням необхідна ізоляція новонародженого від матері на 6-8 тижнів з обов'язковим проведенням вакцинації БЦЖ.

На період формування імунітету такі новонароджені повинні перебувати в пологовому будинку протягом 42 днів для проведення вакцинації, а породілля, хвора на активний туберкульоз, переводиться для проведення лікування в спеціалізований туберкульозний стаціонар.

#### **Висновки.**

1. Проблема поєднання вагітності і туберкульозного процесу залишається актуальною, оскільки вплив такого тяжкого інфекційного захворювання на вагітність створює умови для порушення репродуктивного здоров'я жінок й імунного статусу.

2. Нормальний функціональний стан органів репродуктивної системи жінки розцінюють як один з важливих показників здоров'я, тому виникла необхідність профілактики порушень діяльності органів репродукції, оскільки тільки здорова мати може народити здорову дитину.

**Перспективи подальших наукових досліджень.** Проблема захворюваності на туберкульоз у вагітних повністю пов'язана з гестаційним процесом та антенатальною охороною плода. Тому пошук нових методів раціонального ведення вагітності і пологів при активному туберкульозі легеневої та позалегеневої локалізації в напружених епідемічних умовах потребує подальшого вивчення.

**Література.** 1. *Валиев Р.Ш., Гилязутдинова З.Ш.* Туберкулез и беременность.- Казань, 2000.- 63 с. 2. *Жученко О.Г.* Репродуктивное здоровье женщин, страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом: Автореф. дис... д-ра мед. наук.- М., 2001.- 42 с. 3. *Ковчанко П.А.* К проблеме туберкулеза и материнства//Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2003.-№ 4.-С.46-48. 4. *Ковчанко П.А.* Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с внелегочным туберкулезом//Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2004.- № 2.-С. 38-41. 5. *Ковчанко П.А., Степнова С.В.* Клиническая характеристика новорожденных детей от матерей, больных туберкулезом легких// Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2003.- № 1.-С. 32-35. 6. *Макаров О.В., Каюкова С.И., Стаханов В.А.* Беременность и туберкулез//Рос. вестн. акуш.-гинекол.-2004.- №1.- С.23-26. 7. *Махмудов У.Н., Мухтаров Д.З.* Абдоминальный туберкулез в клинике внутренних болезней// Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2004.- № 2.-С. 48-50. 8. *Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Попович В.К.* Причины смерти от туберкулеза // Здравоохр. Рос. Федерации.-2004.- № 1.- С.40-42. 9. *Омарова Х.М.* Родовспоможение у больных туберкулезом женщин // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Махачкала, 2000.-24 с. 10. *Олейник А.Н., Баринев В.С.* Активный туберкулез женских половых органов с вовлечением в процесс брюшины// Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2003.- № 10.-С. 42-43. 11. *Пономаренко В., Медведовська Н., Івасюк Т.* Моніторинг проблеми туберкульозу в розрізі регіонів України//За заг. ред. В.Ф.Москаленка.- К.: МОЗ України. Укр. ін-т громад. здоров'я, 2002.- С. 243-250. 12. *Сахелашвілі М.І., Луцишин Т.В.* Поєднання клінічних форм легеневого та позалегенного туберкульозу//На допомогу практичному лікарю.- 2004.- № 1.- С.58-60. 13. *Стаханов В.А., Макаров О.В., Каюкова С.И.* Опыт применения феназида у родильниц с туберкулезом органов дыхания или посттуберкулезными изменениями // Пробл. туберкулеза и болезней легких.-2004.- № 2.-С. 45-48. 14. *Шалыгин К.В., Заболотных Н.В., Симбирцев А.С.* Действие беталейкина на иммунный статус больных туберкулезом женских гениталий// Мед. иммунология.-2003. – Т.5, № 3-4.- С.445-446. 15. *Єгоров О.М., Панченко М.С., Степиненко Л.В.* Медико-соціальні проблеми туберкульозу // Мед. залізничного транспорту України.-2004.- №3.- С.84-86.

## REPRODUCTIVE FUNCTION OF WOMEN SUFFERING FROM TUBERCULOSIS IN THE CHERNIVTSI REGION

*S.P. Pollova*

**Abstract.** The paper presents the data concerning the peculiarities of the course and management of pregnancy, delivery and puerperium in women, suffering from tuberculosis (TB). Obstetrical complications of pregnancy and delivery against a background of the specific process, indications and contraindications to abortion have been described.

**Key words:** tuberculosis, pregnancy, delivery, postnatal period, complications.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

*Buk. Med. Herald.* – 2005. – Vol.9, №1. – P.128–132.

*Падійшла до редакції 01.12.2004 року*